

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 154

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DIAGNOSTIC DES ANÉVRYSMES
DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE
(Une Observation)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1921

PAR

LE PELVÉ (Pierre-Léon-Marie-Emmanuel)

Né à St-Malo (Ille-et-Vilaine), le 9 février 1894

Chevalier de la Légion d'honneur

Décoré de la Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

**Examineurs
de la Thèse**

VEDEL, Professeur, *Président.*

GILIS, Professeur.

RIMBAUD, Agrégé.

MARGAROT, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DIAGNOSTIC DES ANÉVRYSMES
DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE
(Une Observation)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 154

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DIAGNOSTIC DES ANÉVRYSMES
DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE

(Une Observation)



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1921

PAR

LE PELVÉ (Pierre-Léon-Marie-Emmanuel)

Né à St-Malo (Ille-et-Vilaine), le 9 février 1894

Chevalier de la Légion d'honneur

Décoré de la Croix de guerre

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ VEDEL, Professeur, *Président*,
GILIS, Professeur.
RIMBAUD, Agrégé.
MARGAROT, Agrégé.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 3-78

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.).
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Chimie	DELMAS (J.).	Physique	CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. VEDEL, professeur, *président*.

GILIS, professeur.

MM. RIMBAUD, agrégé.

MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle s'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage d'affection et de
reconnaissance.*

A MA FIANCÉE

A LA MÉMOIRE DE MON AMI RENÉ VERRY

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MES AMIS :

JEAN VIENNE

CHARLES JOURDE

MARCEL MARZIOU

En témoignage de fraternelle amitié.

P. LE PELVÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En remerciement du très grand
honneur qu'il nous fait en prési-
dant notre thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

P. LE PELVÉ.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DIAGNOSTIC DES ANÉVRYSMES
DE L'AORTE THORACIQUE DESCENDANTE
(Une Observation)

INTRODUCTION

Les anévrismes de l'aorte thoracique offrent entre eux au point de vue symptomatologique des différences remarquables. Tandis que les anévrismes des portions hautes, branche ascendante — crosse — présentent les manifestations cliniques les plus variées dont certaines ont une valeur topographique reconnue, les anévrismes de l'aorte thoracique descendante sont au contraire le plus souvent silencieux. Aussi a-t-on cru longtemps qu'il était impossible d'en faire le diagnostic.

La raison de ce fait est bien simple. C'est qu'en opposition avec le médiastin supérieur, véritable carrefour d'organes les plus divers, où toute tumeur anévrysmale détermine un type clinique propre en rapport avec son siège, le médiastin inférieur est la région indifférente par excellence. A ce niveau, les organes qui se trouvent

en rapport avec la branche descendante de l'aorte, l'œsophage notamment, jouissent d'une assez grande mobilité qui leur permet d'échapper à toute compression. D'où la possibilité, pour un anévrysme de cette région, d'acquérir un volume parfois considérable sans éveiller de réaction de voisinage. C'est la zone latente des anévrysmes méconnus, des erreurs de diagnostic.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. Huchard a eu le premier le mérite de montrer qu'il existe une symptomatologie des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante qui permet dans la majorité des cas de porter un diagnostic précis. De fait, l'anévrysme peut tantôt se développer vers la paroi thoracique postérieure et déterminer des réactions douloureuses des nerfs intercostaux, tantôt par un processus de péricéphaélite ou de médiastinite chronique comprimer la branche gauche ou l'œsophage et provoquer ainsi des manifestations pathologiques correspondantes, susceptibles d'éveiller l'attention du médecin sur la présence d'une tumeur anévrysmale.

Dans l'observation qui fait l'objet de cette étude, il existait depuis des mois une névralgie intercostale, d'une intensité extrême, persistante, rebelle à toute thérapeutique et qui faisait penser à une lésion peu commune des nerfs intercostaux. Et, chose intéressante à noter, c'est à l'occasion d'un fait absolument semblable à celui que nous rapportons, que, le premier, Huchard fut amené à établir la valeur clinique de la névralgie intercostale rebelle dans le diagnostic des anévrysmes aortiques.

La rareté du cas que nous rapportons nous a paru mériter d'en faire l'objet de ce travail. A son sujet, nous

étudierons les signes fonctionnels et physiques qui peuvent se manifester au cours de tout anévrysme de l'aorte thoracique descendante, et dans un dernier chapitre nous envisagerons les considérations cliniques qui permettent d'en établir un diagnostic de certitude.

OBSERVATION

(Prise dans le service de M. le professeur Vedel,
par M. le docteur Giraud, chef de clinique, et M. Olivier, interne)

Adrien P..., dragueur, âgé de 55 ans, entré à l'hôpital Suburbain, le 1^{er} mars 1921. Il souffre depuis six mois de douleurs vives vers la base de l'hémithorax gauche.

Ces douleurs se sont installées progressivement, elles ont revêtu d'abord un caractère intermittent (revenant tantôt tous les deux ou trois jours, tantôt, plus fréquemment, plusieurs fois dans les 24 heures).

Elles sont actuellement permanentes, exagérées par la toux et par les mouvements, et présentent des poussées paroxystiques intenses qui durent pendant plusieurs heures. Elles n'ont aucun rapport avec les prises alimentaires ni avec la digestion. Elles paraissent naître vers la fosse sous-scapulaire, s'exagèrent rapidement et s'irradient le long des espaces intercostaux jusqu'à la région épigastrique. Elles revêtent le caractère d'une stricture aiguë, avec sensation de brûlure. Elles s'apaisent peu à peu.

Trois mois après le début sont apparues des vésicules le long d'une bande intercostale gauche, vers la base

du thorax, vésicules qui auraient noirci et se seraient desséchées *in situ* (zona ?) Il n'en reste pas de trace.

Depuis six semaines ces douleurs se sont exagérées considérablement et le malade a dû cesser tout travail. Elles s'accompagnent parfois d'efforts nauséux, qui n'aboutissent jamais au vomissement.

Elles constituent le seul symptôme relevé au cours de l'interrogatoire.

Les digestions s'effectuent normalement, l'appétit est conservé, la déglutition aisée, les selles sont normales ; ni hématomèse, ni méléna.

Le malade ne tousse ni ne crache ; il ne présente pas de palpitations ni de dyspnée d'effort, ni de douleur ou d'anxiété précordiales.

Les urines sont normales, non albumineuses.

Ajoutons que P... est apyrétique ; qu'il ne présente pas d'antécédents pathologiques. Il nie la syphilis. Un traitement d'épreuve antisiphilitique a été tenté chez lui il y a quelques semaines, dans une petite ville voisine, sans que son état en fût modifié. Sa femme a eu une fausse couche au septième mois de son unique grossesse, et elle est morte, probablement bacillaire.

P... est amaigri, sans être émacié. L'œil est vif, la langue rosée et déliée ; la voix est claire. Il n'y a pas de leucoplasie buccale.

L'examen de la région douloureuse ne montre aucune modification objective. Les téguments sont normaux et on n'observe ni rétraction, ni voussure à aucun niveau. La pression de l'hémithorax gauche est un peu douloureuse, en particulier dans la région juxtasternale basse, mais on ne retrouve pas avec précision les points de Valleix, et la région douloureuse correspond à plusieurs

espaces intercostaux (du 4^e au 7^e environ). La sensibilité objective de cette zone est parfaitement normale.

Une auscultation attentive montre :

1^o Le timbre rude de l'inspiration dans le sommet droit.

2^o La diminution du murmure vésiculaire au tiers inférieur du poumon gauche et la présence au même niveau de frottements pleuraux assez importants sans matité.

Le cœur est régulier, sa pointe bat immédiatement au-dessous de la sixième côte. On note un certain état diastolique.

La tension artérielle est de 14-8 (Laubry).

Il n'y a pas d'œdèmes périphériques. Le foie, la rate sont normaux ainsi que les autres viscères abdominaux. Le système nerveux est normal.

*
* *

La première impression était donc qu'il s'agissait de douleurs pleurodyniques, en rapport avec une pleurite de la base gauche, de nature peut-être suspecte.

Ce diagnostic satisfaisait peu l'esprit en raison de la discrétion des signes stéthoscopiques (les frottements de la base eux-mêmes s'atténuaient rapidement) et de l'intensité des phénomènes douloureux.

Ceux-ci redoublèrent même d'une façon telle qu'une exploration rachidienne fut pratiquée le 7 mars. Elle montra un liquide rigoureusement normal, où la réaction de Bordet-Wassermann fut négative.

C'est le 15 mars qu'un nouvel examen approfondi mit en évidence un phénomène nouveau qui éclaira le diagnostic et du même coup le pronostic.

A gauche de la colonne vertébrale, tout contre le bord interne de l'omoplate à la hauteur de son angle, était apparue une petite voussure à expansion systolique, appréciable dans une zone limitée, de la surface d'une pièce de cinq francs. Nous avons cherché en vain le frémissement, et l'auscultation de cette masse ne nous a fait entendre que les bruits normaux du cœur bien propagés.

Conduit aussitôt à la salle de radioscopie, P... fut reconnu porteur d'une vaste ectasié de l'aorte thoracique au-dessous de la crosse, apparaissant en arrière de l'espace rétrocardiaque clair, sous l'aspect d'un gros cylindre très peu pulsatile.

L'aorte ascendante paraissait un peu grosse. Le cœur était abaissé, presque horizontal ; son volume était normal.

Le 4 avril, vingt jours environ après cet examen, la voussure dorsale est devenue une tumeur oblongue et pulsatile, de quinze centimètres de long et cinq de large, étendue tout au long du bord interne de l'omoplate. Elle est peu douloureuse à la pression, présente peu d'expansion, mais des battements visibles. Elle ne frémit toujours pas et l'on n'y entend aucun souffle.

Le cœur a son rythme et ses bruits normaux. Les sous-clavières ne sont pas soulevées ; les pouls radiaux sont égaux et synchrones ; les pouls fémoraux égaux et synchrones aussi les suivent de très près.

Les pupilles sont normales, réagissent bien, les signes médiastinaux manquent toujours complètement (aucune dysphagie, aucune altération vocale, pas de toux, pas de

dyspnée). Toutefois le sommet gauche est cette fois complètement obscur, sans que la sonorité extérieure en soit altérée.

Les douleurs continuent, intolérables et cependant capricieuses. Elles cèdent parfois brusquement, à la fin d'une nuit pénible, à laquelle succèdent quelques heures d'euphorie.

Malgré l'absence de déviation du complément par l'antigène Σ , nous avons essayé à nouveau un traitement antisypilitique. Après quatre injections de cyanure de mercure (0 gr. 06 en tout), une poussée de stomatite mercurielle avait commandé l'arrêt de ce médicament : l'azotémie était de 0 gr. 67 par litre. Un traitement mixte par le cyanure et les petites doses d'arsénobenzol a été substitué après l'orage passé.

12 mai. — P... a vécu depuis deux mois dans cette même succession de phases douloureuses de plus en plus cruelles et de phases euphoriques. Son moral est resté bon, mais ses forces ont décliné. Il demeure de préférence couché sur le côté gauche.

L'expansion de la tumeur dorsale est devenue nette, mais ses dimensions n'ont guère augmenté.

L'azotémie s'est maintenue aux environs de 0 gr. 70, le traitement arsenical a été bien toléré.

L'énergie cardiaque est restée bonne, le cœur est plus abaissé, sa pointe bat dans le 7^e espace sur la ligne du mamelon.

L'inégalité respiratoire est devenue plus nette dans toute l'étendue des poumons : le sommet gauche est toujours obscur, la base gauche est rude et souffle. P... n'a jamais toussé ; il n'a jamais présenté d'expectoration hémoptoïque.

13 mai. — P... a été trouvé mort ce matin dans son lit. Sa mort a été silencieuse ; ses voisins de lit eux-mêmes ne l'ont apprise qu'au matin.

L'autopsie a été pratiquée 24 heures après.

PLÈVRE ET POUMONS. — A l'ouverture du thorax, 300 grammes de liquide citrin s'écoulent de la cavité pleurale gauche. C'est le sérum exsudé d'un vaste caillot qui remplit cette cavité, masque le poumon, porte l'empreinte des espaces intercostaux. Ce caillot est extrait : il pèse 1.150 grammes.

Le poumon gauche comprimé est atélectasié et réduit à un faible volume ; il est libre d'adhérences pleurales. Quelques tractus aisément déchirables l'unissent à une poche vasculaire qui occupe la paroi postérieure du thorax.

COEUR. AORTE. — Le cœur est petit, normal.

L'aorte ascendante, un peu grosse, est un peu dure et fortement athéromateuse.

Il en est de même de la crosse et de l'aorte descendante. Cette dernière court à sa place habituelle. Vue par sa face antérieure elle est d'aspect un peu inégal en raison de son infiltration athéromateuse, mais elle adhère par sa face postérieure, à la hauteur des 6^e et 7^e corps vertébraux dorsaux, à une masse volumineuse comparable à un très gros poing, qui est un anévrysme sacciforme, émané d'elle.

SAC ANÉVRYSMAL. — Une dissection aisée sépare l'aorte du sac sauf au niveau du pédicule anévrysmal qui peut être isolé.

Orifice. — On constate ainsi que l'aorte communique avec le sac par un orifice très régulier, à bords lisses, de la dimension d'une pièce de un franc, occupant sa paroi postérieure à 6 cm. environ du dôme de la crosse

à la hauteur de la 6^e vertèbre dorsale. Le sac s'élargit de tout côté en arrière de l'orifice qui se trouve occuper une situation à peu près centrale par rapport à sa face antérieure.

Topographie générale. — Le sac présente deux portions :

1^o L'une s'étend à gauche de l'aorte et de la colonne vertébrale, fait saillie dans la plèvre gauche, et à la faveur d'érosions costales se propage à travers la paroi thoracique postérieure jusque sous la peau du dos, en dedans de l'omoplate gauche.

2^o L'autre, qui communique librement avec la première, s'étend vers la droite, en avant de la colonne vertébrale ; elle déborde cette dernière à droite de 2 à 3 cm. et saille dans sa plèvre droite.

Dans son ensemble, cette poche mesure 14 cm. dans le sens de sa plus grande largeur, 11 cm. dans le sens de sa hauteur. Pleine, elle mesure environ 9 cm. d'avant en arrière, dans la région pleurale gauche où elle atteint son développement maximum. La saillie intrapleurale droite est beaucoup moins développée que la gauche.

Elle correspond donc, dans l'ensemble, à un quadrilatère grossier qui correspond aux 4^e, 5^e, 6^e, 7^e, 8^e et 9^e vertèbres dorsales et aux segments intercostaux correspondants qu'elle intéresse sur une longueur de 3 cm. à droite et de 7 cm. à gauche.

Contenu. — Cette poche est entièrement remplie par une masse de caillots stratifiés, mous et rouges au centre, résistants et fibreux dans les parties périphériques très adhérentes aux parois. On peut évaluer à 500 gr. la masse des caillots que le doigt extrait avec peine.

Parois. — Les organes prévertébraux au milieu, les

plèvres pariétales latéralement, la recouvrent régulièrement et entrent dans la constitution d'une pseudo-paroi antérieure hétérogène, mal isolable de la masse des organisations fibrineuses qui la tapissent intérieurement.

La paroi postérieure est diversement constituée.

1° A droite de la colonne vertébrale la poche a disséqué les faces latérales des corps et la région des articulations costo-vertébrales.

2° Au milieu de la colonne les altérations de la charpente osseuse sont énormes.

Les six corps vertébraux dorsaux intéressés (4 à 9) sont profondément érodés dans leur masse spongieuse. Les disques et les portions osseuses sus et sous-jacentes ont mieux résisté et saillent de plusieurs centimètres dans la cavité anévrysmale en éperons aigus.

La 6^e vertèbre a particulièrement souffert, l'érosion de son corps a été poussée dans sa moitié gauche, jusqu'à sa face postérieure, et le doigt atteint directement la dure-mère rachidienne au fond du sac anévrysmal. Ce point d'usure maxima correspond directement à l'orifice du sac anévrysmal; il subissait directement le choc des ondes sanguines.

La charpente osseuse costo-vertébrale ne s'était pas encore écroulée, mais cette éventualité eût pu se produire à brève échéance. Un certain affaissement vers la gauche s'ébauchait déjà et il existait une scoliose nette à concavité gauche, la 6^e apophyse épineuse marquant le sommet de la convexité.

3° A gauche de la colonne, la poche s'est développée dans le tissu sous-pleural; elle a dénudé les côtes, simplement érodé les 6^e et 9^e, détruit sur 6 et 8 centimètres de longueur les 7^e et 8^e, d'où une large perte de substance dans la charpente postérieure de la cavité thoracique.

Par cette perforation l'anévrisme a fusé à travers les masses musculaires de l'espace interscapulo-vertébral où il fut constaté du vivant du malade. A ce niveau tout témoigne d'un travail de dissection récente, la pseudo-paroi est friable et des infiltrations hématiques noirâtres s'étendent à distance à travers les muscles dissociés. Il n'y a pas de perforation vraie cependant.

Perforation. — La perforation qui a entraîné la mort siège à l'angle inférieur gauche de la poche, dans sa portion intrapleurale. Elle affecte les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ; ses bords sont amincis et légèrement déchiquetés. Le sang auquel elle a livré passage a dû filtrer à travers une masse importante de caillots organisés.

État des autres organes avoisinants. — Le développement postérieur de cette poche explique l'absence de toute symptomatologie médiastinale. En exceptant le poumon gauche dont la bronche était comprimée, dont l'expansion était gênée par la tumeur et qui fut enfin atelectasié par le caillot de rupture, tous les organes ont fui. Les gros vaisseaux sont libres, les nerfs ne sont pas comprimés, l'œsophage est sain, la tumeur s'est insinuée en arrière de lui et l'a respecté. La dure-mère dénudée est complètement saine. Une épaisse couche de fibrine la recouvrait sans la comprimer encore et l'a protégée. L'exitus est survenu avant que sa compression se fasse cliniquement sentir.

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau symptomatique des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante, longtemps considéré comme d'un extrême pauvreté, peut au contraire offrir une série de signes cliniques extrêmement précieux et d'une incontestable valeur diagnostique.

Ces symptômes révélateurs ne sont pas à vrai dire pas pathognomoniques de l'anévrysme de l'aorte descendante; ce sont des signes d'emprunt qui traduisent la réaction fonctionnelle ou douloureuse des organes voisins et dont l'étiologie la plus habituelle, distincte de celle des anévrysmes, peut être la cause d'erreurs de diagnostic. Cependant certains caractères de leur évolution, leur façon de se comporter à l'égard des médicaments, en un mot l'analyse serrée de leur modalité clinique, permet de penser à la présence d'une tumeur anévrysmale qui vient généralement confirmer l'étude des signes physiques et l'évolution ultérieure de la maladie.

Au premier rang de ces symptômes, il faut placer la douleur thoracique profonde ou à type de névralgie intercostale, puis les signes de compressions œsophagienne ou bronchique : dysphagie, hématémeses, dyspnée, toux, hémoptysies.

Ces signes fonctionnels seront confirmés par la recherche des signes physiques correspondants.

Signes fonctionnels.

Douleur. — La névralgie est le symptôme le plus fréquent et le plus significatif dans les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. Depuis la communication de Huchard à la Société médicale des Hôpitaux sur le « caractère clinique des névralgies anévrysmales », de nombreux auteurs ont rapporté des observations de névralgies thoraciques, révélatrices d'anévrysmes de l'aorte, confirmés par l'apparition ultérieure d'une tumeur pulsatile ou par l'autopsie. Depuis, d'autres faits analogues ont été signalés. Notre observation en est un bel exemple de plus.

Ces douleurs peuvent être liées, soit au développement de l'anévrysme lui-même : ce sont les *douleurs anévrysmales proprement dites*, soit à la compression ou à l'enserrement de troncs nerveux par l'extension de la tumeur, déterminant ainsi des irradiations douloureuses sur le trajet de ces cordons nerveux : ce sont les *douleurs à distance*. Les unes doivent être distinguées des autres.

Les *douleurs anévrysmales proprement dites* sont le plus souvent des douleurs médiastinales profondes, relevant d'un processus de péricoronaire ou de médiastinite chronique. Contemporaines des premiers phénomènes irritatifs péricoronaire, on comprend qu'elles puissent manquer dans les plus gros anévrysmes alors qu'elles peuvent être d'une violence remarquable pour de petites tumeurs, à peines commençantes.

Vagues, mal localisées, ces douleurs anévrysmales vraies peuvent ne se traduire que par une sensation de

malaise, d'endolorissement thoracique profond. A un degré de plus, elles peuvent revêtir quelques caractères de la douleur angineuse, et présenter des poussées paroxystiques d'angoisse sous l'influence des variations de la pression sanguine, mais ne rappelant que de loin la crise aiguë d'angoisse de poitrine. Parfois, l'imprécision peut être plus grande encore et l'anévrysme ne se traduire que par des douleurs vagues des reins, dans les lombes, dans le dos, sans localisation précise.

Le plus souvent cependant, la douleur se projette en un point fixe, dont la connaissance possède une grande valeur diagnostique. Ce sera, en rapport plus ou moins direct avec l'anévrysme : un point fixe au niveau de l'espace interscapulo-vertébral gauche, le long du bord spinal de l'omoplate ; sur la partie latérale de l'hémi-thorax gauche, un point situé dans les 6^e et 7^e espaces intercostaux ; c'est là que chez notre malade on trouvait le maximum de douleur à la pression. Ce point fixe peut siéger encore le long de la colonne vertébrale, au niveau des insertions diaphragmatiques, du côté droit de la poitrine. Enfin, la douleur peut présenter un double siège à l'épaule gauche et au creux épigastrique (Hirschsprung) ; à la région dorsale et à l'hypochondre gauche.

A côté de ces douleurs anévrysmales vraies se traduisant assez souvent par un point fixe en rapport parfois assez précis avec le siège de l'anévrysme, il existe des *douleurs à distance* dont les rapports éloignés font rarement penser à la maladie causale. Selon que la tumeur se développe avant, en arrière ou sur les côtés, elle peut comprimer les nerfs intercostaux, les nerfs du plexus brachial ou du plexus cervical et déterminer des douleurs vives sur le trajet de ces troncs nerveux.

La douleur la plus fréquemment signalée est la névralgie intercostale absolument comparable à la névralgie intercostale banale. Elle offre cependant, dans les cas d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante, certaines particularités qui mettent sur la voie du diagnostic exact. Elle est remarquable par son intensité, sa durée des plus longues, son étiologie obscure, sa résistance déconcertante à tous les agents thérapeutiques. Souvent ce seul signe a permis de soupçonner la présence d'un anévrysme jusque-là ignoré et confirmé par l'évolution ultérieure de la maladie.

Plus rarement cette douleur est tributaire du plexus brachial ou cervical. Ce sera une douleur persistante de l'épaule gauche avec irradiation le long du bord interne du bras ; quelquefois on pourra observer, comme l'a constaté Levacher, une névralgie cervico-occipitale.

D'autres irradiations douloureuses ont été signalées. Au voisinage des piliers du diaphragme, l'anévrysme peut provoquer des douleurs gastralgiques horriblement douloureuses, des vomissements et des irradiations testiculaires (Rendu). Dans un cas d'Andral il existait, à la faveur d'érosions vertébrales profondes, des douleurs radiculaires atroces, irradiées dans les membres inférieurs et ayant précédé l'apparition des phénomènes paraplégiques. Là encore, la fixité et la permanence de la douleur sont des caractères importants en faveur de l'anévrysme de l'aorte thoracique descendante.

Dysphagie. — A côté des phénomènes douloureux, l'anévrysme de l'aorte thoracique descendante peut être cause de dysphagie et de sténose de l'œsophage. Ces faits s'expliquent aisément en raison des rapports réciproques de ces deux organes : notamment en deux points ces rapports sont tout à fait intimes. Tout d'abord au

niveau de la crosse, avant de devenir descendante, l'aorte se met en contact avec l'œsophage, imprimant à ce conduit un véritable rétrécissement anatomique normal. Plus bas, dans sa portion descendante, l'aorte thoracique longe le flanc gauche de l'œsophage, puis passe sur sa face postérieure et ensuite côtoie son côté droit.

Etant donnés ces rapports si proches, on conçoit que le développement d'une tumeur aortique puisse venir comprimer l'œsophage et se manifester par des troubles de la déglutition. En réalité, cette éventualité ne serait pas très fréquente, surtout pour les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. Les anciens auteurs, Bouillaud, Bertin, ne l'ont signalée que très rarement. En 1861, Millard faisant le relevé des cas d'anévrysmes à lésions œsophagiennes n'en trouve que cinq où la dysphagie ait été nette. Leudet, Huchard, estiment qu'elle manque le plus souvent. Hirtz, dans une statistique de 28 cas, en cite neuf où les symptômes dysphagiques méritaient d'être signalés. Dans notre observation, il n'existait ni dysphagie ni lésions œsophagiennes visibles à l'autopsie.

La dysphagie est donc un symptôme rare dans les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. C'est qu'à ce niveau la tumeur se développe dans la *région indifférente* de pathologie médiastinale. Dans cette zone, en effet, l'œsophage jouit d'une certaine mobilité ; il se laisse refouler sans préjudice pour sa perméabilité et ce n'est que lorsqu'il existe une médiastinite suffisamment envahissante qu'il peut être englobé par l'anévrysme et qu'apparaissent les signes de sténose et de dysphagie.

Pour Guizez, *la rareté de ces symptômes est plus apparente que réelle*. Et dans un article fort documenté sur cette question, paru dans les Archives des maladies

du cœur, année 1909, il écrit : « Chez plusieurs malades que nous avons examinés, l'anévrysme était passé inaperçu et la dysphagie seule indiquait la présence possible d'une tumeur du médiastin.

Nous retiendrons donc que la dysphagie, symptôme relativement peu fréquent, peut dans un certain nombre de cas apparaître d'une façon plus précoce et acquérir ainsi au point de vue du diagnostic une importance considérable.

Quels sont donc les caractères cliniques d'une sténose œsophagienne due à un anévrysme de l'aorte ?

Le début se fait d'une façon généralement brusque, tantôt sans cause apparente, tantôt à la suite d'un traumatisme, d'une chute, comme on en a publié des observations. C'est là un premier signe distinctif d'avec la sténose cancéreuse cicatricielle. La dysphagie est le plus souvent d'un degré moyen, respectant en partie la perméabilité de l'œsophage. Enfin, c'est une dysphagie douloureuse, différente en cela encore de celle du spasme ou du rétrécissement cicatriciel. Au moment de la déglutition il existe toujours une douleur assez violente, pesanteur thoracique ou brûlures intérieures persistant assez longtemps après le passage ou la régurgitation alimentaire et donnant au malade une sensation pénible et angoissante d'obstacle œsophagien. Les autres signes : éructations, régurgitations, mouvements spasmodiques des muscles respiratoires et sterno-mastoïdiens, sont communs aux autres formes cliniques de sténose, mais ont pour particularité d'être plus douloureux dans la dysphagie anévrysmale.

Ce tableau est un peu différent selon que la dysphagie apparaît d'une façon précoce ou au contraire selon qu'elle

ne survient que comme symptôme précurseur de la rupture anévrysmale.

Dans le premier cas, c'est une dysphagie d'intensité moyenne, variable d'un jour à l'autre, influencée par toutes les causes susceptibles de modifier la tension sanguine. Calmée par le repos, par certaines attitudes du malade, elle peut même quelquefois présenter une sédation plus ou moins longue, parfois définitive selon la mobilité de l'œsophage ou l'évolution de la tumeur dans un sens opposé à ce viscère.

La dysphagie tardive, au contraire, est intense, excessivement douloureuse et serrée. Elle est de plus à peu près continuelle, sans rémissions et s'accompagne parfois d'hématémèses légères ou abondantes, précédant alors de peu l'hémorragie cataclysmique terminale.

Hématémèse. — D'après ce qui précède on conçoit que l'hématémèse puisse être un symptôme de l'anévrysme de l'aorte thoracique descendante. Malheureusement, le plus souvent, en l'absence possible de douleurs et même de dysphagie, rien ne vient lui donner une physionomie particulière nous permettant de la rapporter à sa véritable cause. Cependant certaines de ces hématémèses peuvent être *précoces* et répétées et d'une grande importance pour le diagnostic; d'autres, tardives et abondantes, tuent en quelques minutes.

Hémoptysie. — Fréquente dans les anévrysmes de la crosse, l'hémoptysie est plus rare dans l'anévrysme de l'aorte thoracique descendante; on l'a signalée cependant dans 15 p. 100 des cas (Huchard).

Ici encore il faut distinguer l'hémoptysie précoce et l'hémoptysie tardive.

La première est liée comme les hémorragies de la première période de la tuberculose pulmonaire, à des

troubles circulatoires soit par lésion du pneumogastrique, par vasoconstriction (Fr. Franck), soit par compression des veines pulmonaires.

Les hémoptysies tardives au contraire relèvent soit d'une rupture de la poche anévrysmale adhérente au poumon ou à la bronche gauche, soit encore d'une érosion progressive du parenchyme pulmonaire, siège, à la fois, d'une infiltration sanguine diffuse et d'un processus de pneumonie chronique.

Ces deux variétés d'hémoptysie peuvent être indifféremment abondantes ou modérées — parfois simples crachats hémoptoïques ou rouillés pseudo-pneumoniques mais d'une abondance anormale — (obs. de Rendu), isolées ou fréquentes. Quoi qu'il en soit, il est rare que leur allure clinique se différencie nettement des hémoptysies des affections plus communes des poumons et permette de les rapporter à leur véritable cause. Aussi les erreurs de diagnostic sont-elles fréquentes. L'observation de Rendu est classique à cet égard. Son malade, porteur d'un anévrysme de l'aorte thoracique descendante méconnu, expectore pendant une quinzaine de jours des crachats rouges, ecchymotiques, rouillés, analogues avec de notables dissemblances à ceux de la pneumonie, jusqu'au moment où se fait une hémoptysie mortelle, révélatrice par son abondance de l'anévrysme. Notons cependant, en passant, qu'il existait concurremment chez ce malade un point de côté gauche, ancien, rebelle, à type de névralgie intercostale, preuve de plus de la valeur et de la prépondérance de ce symptôme au point de vue du diagnostic sur les autres symptômes que nous avons rapportés.

Dyspnée et cornage.— A l'occasion d'une autre observation d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante,

Rendu a eu l'occasion de signaler comme symptôme prédominant de ces tumeurs : le cornage.

Les rapports intimes de la crosse et de la première portion de l'aorte descendante avec la racine de la bronche gauche rendent compte de cette possibilité.

Cette dyspnée peut se présenter d'une façon précoce, très précieuse dans ce cas pour le diagnostic, et présente certaines particularités qui permettent de localiser son siège avec précision. D'après l'observation de Rendu, la respiration au repos est pénible, gênée, l'inspiration est sensiblement plus difficile que l'expiration, à l'inverse de ce qui se voit chez l'emphysémateux, mais tout cela est assez discret et c'est à peine si l'on peut s'en apercevoir. Mais, dès que le malade fait un mouvement, l'inspiration devient rauque, sonore et stridente avec tirage sus-claviculaire.

Le cornage, signe de haute valeur, indique la présence d'un obstacle sur les voies respiratoires supérieures, son siège peut être facilement précisé. L'absence de troubles laryngés, l'existence d'une douleur fixe, rétro-sternale, correspondant à la 2^e pièce du sternum, permet de localiser la compression au niveau de la partie inférieure de la trachée au voisinage de la bifurcation.

Quelle est la nature exacte de cette lésion ? Nous le verrons plus loin, au chapitre du diagnostic.

Signalons, enfin, à côté de cette dyspnée particulière de ce cornage, l'existence d'une dyspnée plus modérée, mais constante, liée plus à des altérations nerveuses qu'à des compressions trachéo-bronchiques ; de *palpitations* sans caractères propres très distincts, sauf cependant la petitesse ou même la force normale du pouls contrastant avec la violence de l'impulsion cardiaque signe de la présence d'un obstacle anévrysmateux ou

autre (?) interposé entre le cœur et l'artère ; d'un épanchement pleural gauche qui en l'absence de toute étiologie tuberculeuse ou cardiaque pourrait relever de l'existence d'un anévrysme de l'aorte thoracique descendante, dont les autres signes devraient être recherchés.

Signes physiques.

Le signe physique primordial de l'anévrysme de l'aorte thoracique descendante est l'apparition d'une tumeur pulsatile, synchrone aux battements cardiaques dans la région du dos. A ce stade de l'évolution de l'anévrysme, le doute n'est plus permis. On comprend aisément qu'il est beaucoup plus important de faire un diagnostic plus précoce. Malheureusement, avant l'extériorisation de la tumeur, les signes physiques de certitude manquent. Il est possible cependant, une fois le diagnostic orienté vers l'anévrysme par la constatation des symptômes cliniques étudiés plus haut, de se faire une conviction suffisamment ferme par l'examen minutieux du thorax, du cœur et des vaisseaux, des poumons.

Le cœur peut être hypertrophié, mais cela indépendamment de l'existence de l'anévrysme de la portion descendante de l'aorte. C'est qu'il existe en même temps les causes facteurs d'hypertrophie cardiaque ; brightisme ou insuffisance aortique. En réalité, la majorité des observations signalent un cœur petit. Dans notre cas, nous avons été frappé par le petit volume de ce viscère. Toutefois, du vivant du malade, le déplacement de la pointe peut donner l'impression d'une fausse hypertrophie. Ces déplacements du cœur sont progressivement signalés dans les anévrysmes aortiques, de même l'absence de toute modification des bruits orificiels. Chez notre malade

le cœur semblait couché horizontalement, sa pointe abaissée et surtout déplacée vers la gauche battait dans le 6^e espace intercostal.

L'étude du pouls donne des renseignements complémentaires d'une grande valeur. C'est le retard de la pulsation périphérique sur la systole cardiaque qu'il faut surtout rechercher. Et dans le cas d'anévrysme de l'aorte thoracique descendante, c'est l'examen composé du pouls fémoral au triangle de Scarpa et du choc de la pointe qui est intéressant. On observera presque toujours un retard très marqué du pouls, surtout si l'on a soin de procéder par comparaison en examinant un sujet sain. L'explication de ce retard est facile. Maximum dans les anévrysmes fusiformes à grande cavité, il sera plus discret dans les ectasies sacciformes, surtout si l'orifice de communication est de faible dimension, disposition observée chez notre malade où l'on notait un retard du pouls fémoral indéniable mais relativement peu accusé.

On recherchera également le pouls paradoxal signalé par F. Frank et Bermont : affaibli dans l'inspiration, le pouls augmente d'ampleur dans l'expiration, dans le cas d'anévrysme aortique.

L'examen du thorax et du poumon peut donner un ensemble de signes qui par leur groupement ont une grande valeur symptomatique.

Dans une observation de Rendu existait un gonflement de la veine jugulaire gauche, signe rarement signalé, mais dont l'existence possible peut être rapportée à une tumeur médiastinale profonde.

De plus, le sac anévrysmal peut déterminer des altérations pleurales ou pulmonaires pouvant se manifester par des signes indirects. Mayne et Stokes ont observé une rétraction de la moitié gauche du thorax analogue

aux déformations produites par les pleurésies anciennes. En même temps, il peut exister (Greene et Stokes) une diminution de l'ampliation thoracique du même côté, tandis que le côté opposé de la poitrine présente une exagération fonctionnelle compensatrice.

D'après Stokes, qui les a observés, ces signes seraient l'indication d'une compression de la bronche gauche, éventualité signalée comme assez fréquente, nous l'avons vu dans les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. A ces deux signes, Stokes en ajoute un troisième : l'absence ou la grande diminution des vibrations thoraciques dans le lobe supérieur du poulmon.

En l'absence de ces signes, dont la constatation serait de la plus haute importance pour le diagnostic, l'auscultation pulmonaire révèle, presque dans tous les cas, un certain degré de compression bronchique : souffle tubaire à timbre amphorique maximum dans la région dorsale gauche vers l'espace interscapulo-vertébral ou plus bas vers la pointe de l'omoplate où il existait très net chez notre malade.

Signalons enfin l'existence de frottements pleuraux presque constants vers la base gauche que l'on peut être tenté, au début, comme dans le cas que nous rapportons, d'interpréter comme cause des névralgies intercostales, mais dont la disproportion avec l'intensité des phénomènes douloureux éveille l'idée d'une irritation pleurale bien différente de la banale inflammation, cause habituelle de la pleurodynie.

Nous avons omis volontairement de parler des signes physiques fournis par les rayons X, qui naturellement auraient leur place ici, mais que nous réservons pour le chapitre diagnostic que nous aborderons maintenant.

DIAGNOSTIC

L'importance du chapitre symptomatologique dans notre étude a eu surtout pour but de mettre en relief le nombre et la variété des symptômes susceptibles de se manifester au cours de l'évolution des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante.

Il est vrai de dire que ces symptômes, communs à des affections différentes, peuvent être la source d'erreurs de diagnostic. L'essentiel cependant est de noter que l'évolution complètement silencieuse de ces anévrysmes est l'exception. De fait, dans la majorité des cas, on trouvera un ou plusieurs des signes précédemment décrits. Et le tableau clinique pourra tantôt se présenter sous la forme de névralgies intercostales, tantôt sous l'aspect de lésions pulmonaires à type d'hémoptysie, ou encore de syndrome de compression bronchique ; enfin assez souvent, d'après Guisez, sous la forme de sténose œsophagienne, et de dysphagie. Dans ces différents cas, il faudra savoir reconnaître sous ces formes larvées la maladie causale. C'est toute la question d'un diagnostic différentiel qui se pose.

ANÉVRYSME A MANIFESTATION NÉVRALGIQUES. — Ce que nous avons dit des névralgies anévrysmales nous permet-

tra d'être bref. Une névralgie thoracique ou intercostale rebelle, continue, de longue durée, résistant à toute thérapeutique, présentant certains caractères insolites de fixité, de violence douloureuse, doit faire penser à l'anévrysme (Huchard). On écartera un diagnostic ne donnant pas la raison de tous ces caractères trop faciles. C'est ainsi que les diagnostics les plus erronés ont été portés : rhumatisme, névralgie intercostale banale, névralgie toxique, pleurodynie, douleur musculaire. Le diagnostic sera plus délicat à faire avec un mal de Pott, un cancer de la colonne vertébrale. Il est possible dans la majorité des cas ; nous n'insisterons pas davantage.

ANÉVRYSME A MANIFESTATION PULMONAIRES.

a) L'anévrysme peut se manifester par des *hémoptysies*. L'hémoptysie foudroyante de la fin est sans intérêt pour nous. Les hémoptysies précoces au contraire peuvent devenir l'origine d'un diagnostic exact. Il faut éliminer les tumeurs du médiastin qui présentent tout un cortège symptomatique particulier, l'infarctus pulmonaire où l'expectoration est moins abondante et moins prolongée, enfin et surtout la tuberculose pulmonaire, dont l'existence pour être admise, devra s'appuyer sur des lésions caractéristiques confirmées par le laboratoire.

b) *Syndrome de compression bronchique*. — Nous avons vu que ce syndrome peut être réalisé par un anévrysme de l'aorte thoracique descendante. A cet égard une observation de Rendu est typique. Le symptôme prédominant en est le cornage. La localisation de son siège est facile, nous n'y reviendrons pas. Reste à chercher quelles sont les affections capables de produire une compression de ce genre : tumeurs du médiastin,

cancer du poumon, adénopathie trachéo-bronchique, anévrysme de l'aorte (?)

Les *tumeurs du médiastin* se voient le plus souvent dans la jeunesse, bien que l'âge soit un élément de peu de valeur diagnostique. Les signes en sont plus marqués, plus diffus et la compression bronchique manifeste une étape très avancée de la tumeur alors que, dans l'anévrysme, c'est le seul signe parfois et un signe de début. Par ailleurs on trouve des symptômes témoins de la gêne circulatoire : circulation complémentaire présternale, cou turgescent, face vultueuse. Enfin presque toujours il y a épanchement péricardique et pleural. L'évolution aussi est différente : rapide dans les tumeurs, plus lente dans l'anévrysme.

Dans le *cancer* les signes fonctionnels sont analogues. Toutefois l'âge, la teinte néoplasique, une toux intense et fréquente, l'expectoration gelée de groseille sont des éléments différentiels nettement distincts de ceux de l'anévrysme. Les signes physiques surtout sont autres. Dans le cancer, la matité pulmonaire est absolue, ligneuse, il y a de la rétraction de la paroi thoracique, le murmure vésiculaire est toujours aboli. Enfin, l'exploration du creux sus-claviculaire décèlera une adénopathie spéciale caractéristique du cancer.

L'*adénopathie trachéo-bronchique* peut également réaliser de la compression bronchique et, par suite, être confondue avec un anévrysme. En réalité, le tableau clinique est très dissemblable dans les deux affections. Rendu insiste sur la valeur d'une toux coqueluchoïde avec ou sans expectoration dans l'adénopathie, l'existence de signes de congestion pulmonaire et de laryngite par lésion du récurrent. L'enquête étiologique montrera l'existence d'une broncho-pneumonie spéci-

que antérieure ou de bronchites répétées si fréquentes dans l'adénopathie.

Enfin, des signes locaux : gonflement de la jugulaire gauche, élévation anormale de la sous-clavière gauche (Rendu), démontreront que la maladie se trouve à l'aorte.

On le voit, l'observation clinique seule permet dans ces cas de porter un diagnostic précis.

ANÉVRYSME A MANIFESTATIONS DE STÉNOSE OESOPHAGIENNE AVEC DYSPHAGIE. — Nous ne reviendrons pas sur leurs signes cliniques largement étudiés au précédent chapitre. Il est certain que la dysphagie d'origine anévrysmale présente des signes de probabilité indéniables ; mais, connaissant la difficulté et l'importance d'un diagnostic étiologique exact de ces sténoses, on devra s'entourer de tous les moyens d'investigation dont on dispose. Dans ces cas, l'examen radioscopique permettra d'établir avec exactitude l'existence et le siège de la sténose.

D'autre part, l'œsophagoscopie, avant même d'avoir recours aux rayons X, pourra révéler la nature exacte d'une compression de l'œsophage (Guisez). La vision directe de la sténose permet d'arrêter le tube endoscopique au-dessus de l'obstacle, avantage précieux sur le cathétérisme aveugle et par suite dangereux. On reconnaîtra ainsi les véritables caractères pathognomoniques d'une sténose anévrysmale, une compression externe soulevant la paroi œsophagienne animée à la fois de battements et de mouvements d'expansion, de soulèvements rythmiques, synchrones aux contractions cardiaques.

Ainsi, dans la majorité des cas, le diagnostic clinique des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante est

possible. Chaque fois, il y aura lieu de pratiquer un examen radiologique pour confirmer le diagnostic et préciser le siège et l'étendue des lésions.

C'est encore les rayons X qui permettront de déceler les cas relativement rares d'anévrysmes à évolution purement latente. Evidemment, la pauvreté de toute réaction douloureuse ou fonctionnelle rend difficile la tâche du médecin. Y penser seulement et pratiquer la radioscopie du thorax, voilà la clef du problème. Or, on connaît la fréquence si grande des anévrysmes de l'aorte. Cette seule notion justifierait, toutes les fois que cela est possible, la pratique systématique de l'examen radioscopique du thorax dans tout examen complet du malade. De la sorte, on arriverait à dépister nombre de cas qui, sans cette épreuve, auraient passé complètement inaperçus.

CONCLUSIONS

Nous nous permettons de dégager, en matière de conclusions, les propositions suivantes :

Les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante se manifestent par une symptomatologie suffisamment riche pour permettre le diagnostic clinique dans la majorité des cas.

L'élément symptomatique le plus fréquent, et dont la valeur diagnostique est prépondérante, est constitué par les douleurs anévrysmales et surtout les névralgies intercostales de caractères particuliers.

Ces anévrysmes peuvent également se manifester par un syndrome de compression bronchique que l'analyse clinique permet de rapporter à sa véritable cause.

Dans les formes à sténose œsophagienne le diagnostic étiologique se fera par l'œsophagoscopie avant même la mise en œuvre de la radioscopie.

Ces divers éléments cliniques devront être confirmés dans tous les cas par l'examen radiologique qui garde toute sa valeur dans le diagnostic de certitude des anévrysmes de la branche descendante de l'aorte thoracique.

OUVRAGES CONSULTÉS

- RENDU. — Leçons de clinique médicale.
- POTAIN. — De l'anévrisme latent de l'aorte (Méd. mod., 1893).
- DIEULAFOY. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.
- HUCHARD. — Traité des maladies du cœur et de l'aorte.
- CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de médecine.
- GUISEZ. — Diagnostic des anévrysmes de l'aorte par la broncho-œsophagoscopie (Arch. des mal. du cœur, 1909).
- Anévrisme de la portion descendante de la crosse de l'aorte ayant usé les corps vertébraux et ayant de ce fait réalisé le syndrome potlique (Soc. anat. clin. de Bordeaux, 1911).
 - Etude radiologique des anévrysmes de l'aorte (Arch. des mal. du cœur, 1914).
- VEDEL, G. GIRAUD et OLIVIER. — Un cas d'anévrisme de l'aorte thoracique descendante avec larges dégâts vertébraux (Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier, 1921).
-

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude du diagnostic
des anévrysmes de l'aorte thoraci-
que descendante (une observation),

par P. Le Pelvé.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 20 juillet 1921.

Le Professeur,
VEDEL.

Vu :

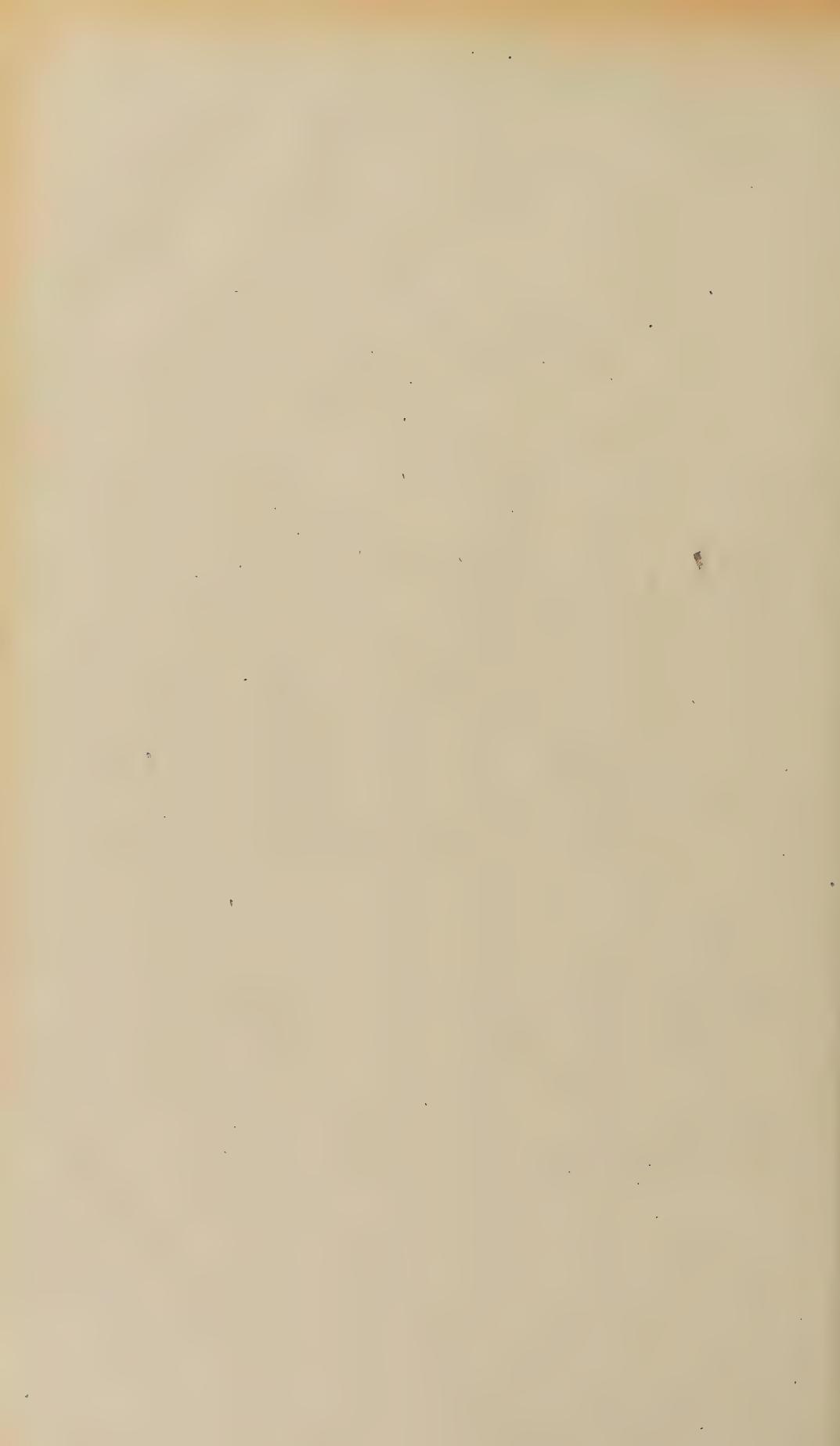
Montpellier, le 20 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 20 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.



SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.

